

Richiesta Servizio di Assistenza Domiciliare Minori

AL COMUNE DI MUSCOLINE

Ufficio Servizi Sociali

Piazza Roma n. 8 – 25080 Muscoline

Tel. 0365-371440 – Fax 0365-34903 e-mail: serviziisociali@comune.muscoline.bs.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (ART. 46 DPR 445 DEL 28.12.2000)

Il/La

--	--

Nome

Cognome

--	--	--

Data di nascita (gg/mm/anno)

Luogo di nascita

Cittadinanza

--	--	--

Comune di residenza

Indirizzo e numero civico

Cap

--	--	--

Telefono abitazione

Cellulare

e-mail

--

Codice fiscale

in qualità di genitore, o facente veci, del seguente minore:

COGNOME _____	NOME _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Codice fiscale _____	M ☐ F ☐
Classe _____	Sezione _____

Chiede per il/la proprio/a figlio/a l'attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare Minori

DICHIARA

Di impegnarsi al pagamento del servizio sopra richiesto

ALLEGA

- Attestazione ISEE in corso di validità
- Fotocopia carta d'identità del richiedente (genitore o chi ne fa le veci)

data _____

firma _____

Il sottoscritto dichiara di:

- *essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (art. 13 D. Lgs. 196/2003);*
- *autorizzare l'archiviazione e la trasmissione delle informazioni personali agli Enti della rete dei servizi (Servizi comunali, Servizi sanitari, Cooperative, RSA, ecc.) nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità all'informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/03.*

Determinazione costo a carico dell'utente:

Costo orario servizio € _____

Costo orario a carico dell'utente € _____ (tariffa _____%)

Firma per accettazione di quanto dovuto
